



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Proiect cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Axa prioritară: Incluziunea socială și combaterea sărăciei

Operațiunea: Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical

Titlu: „Optimizarea prevenției și tratamentului Hepatitelor cronice B și C prin creșterea competențelor personalului medical din România”

Contract: POCU 91/4/8/106781

MODUL ON LINE

CUM COMUNICĂM VEȘTILE PROASTE PACIENȚILOR

***Psiholog clinician și psihoterapeut Georgescu-Ilea Domnița Adriana
Medic specialist psihiatru, psihoterapeut Colcear Doina***

Comunicarea eficientă între personalul medical și pacient are un rol foarte important în stabilirea și consolidarea relației terapeutice, care stă la baza actului medical. De cele mai multe ori, nemulțumirile pacienților nu se referă la practica medicală în sine, ci la modalitatea în care se derulează procesul comunicării¹⁵.

Abilitățile de comunicare ale personalului medical au impact asupra: satisfacției pacientului^{3,18}, complianței la tratament¹⁸, calității vieții⁹ și asupra stării de sănătate fizică^{16,30}. De asemenea, au un impact negativ și asupra cadrelor medicale: burnout^{10,27}, lipsa satisfacției profesionale și o frecvență mai ridicată a litigiilor^{19,36}.

O serie de studii care au abordat relația dintre medic și pacient arată că, în timp ce pacienții raportează o lipsă de satisfacție în comunicarea cu medicul³¹, doctorii tind să considere că dispun de abilități de comunicare bune cu pacienții: 75% dintre chirurghi cred că reușesc să comunice bine cu pacienții, în timp ce doar 21% dintre pacienți consideră acest lucru⁷.

Comunicarea dintre cadrele medicale și pacient include 3 obiective principale: (1) stabilirea unei relații interpersonale bune, (2) facilitarea schimbului de informații și (3) includerea pacientului în procesul de luare a deciziilor^{1,4,17,24}. Acestui proces complex i se adaugă o altă componentă care atrage o atenție deosebită în rândul specialiștilor din domeniile sănătății, educației, psihologiei și comunicării: cum comunicăm veștile proaste pacientului, deoarece studiile arată că modalitatea în care acestea sunt furnizate au impact atât asupra sănătății fizice și psihice a pacientului, cât și asupra cadrelor medicale.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Comunicarea veștilor proaste reprezintă una dintre sarcinile cele mai dificile cu care se confruntă cadrele medicale. Veștile proaste reprezintă “orice informație care are potențialul de a modifica drastic și negativ modalitatea în care pacientul se percepe pe sine și viitorul lui”⁵.

Veștile proaste pot include: necesitatea de a suferi investigații ulterioare de laborator sau radiologice pentru a confirma un diagnostic prezumtiv, informarea unui pacient despre o boală care amenință integritatea fizică, psihică sau chiar viața pacientului, reparația unei condiții medicale, ineficiența unor tratamente, apariția unor efecte secundare ale tratamentelor dar și a informa membrii familiei despre decesul unui pacient^{8, 12, 29}.

Cine transmite veștile proaste?

De cele mai multe ori, medicii sunt cei care transmit pacienților veștile proaste referitoare la diagnostic și la cursul negativ al bolii și/sau tratamentului deoarece cunosc cel mai bine pacienții și istoricul acestora. Doar în situații excepționale – moartea subită a pacientului – informațiile pot fi transmise familiei de către asistenții medicali cu cea mai mare experiență^{21, 38}.

Cu toate acestea, dezvoltarea abilităților de comunicare în rândul asistenților medicali este o parte importantă a procesului de îngrijire a pacientului. Chiar dacă asistenții medicali nu au responsabilitatea de a transmite vești proaste legate de diagnostic, în practica de zi cu zi ei ajung să comunice pacienților și familiilor acestora informații referitoare la boala cronică, la agravarea unei condiții cronice, afectarea altor organe de către boală, răspândirea unor infecții, la faptul că anumite tratamente medicamentoase sau proceduri medicale nu au fost eficiente sau la nevoia începerii unui nou tratament²⁸.

De aceea, este necesar ca întregul personal medical să fie instruit pentru dezvoltarea abilităților de comunicare și pentru implementarea unor protocoale de transmitere a veștilor proaste, cu impact negativ redus atât asupra pacientului și familiei acestuia, cât și asupra propriei stări de bine.

Care este impactul veștilor proaste asupra cadrelor medicale și asupra pacientului?

De-a lungul timpului, educația medicală a pus accentul pe dezvoltarea abilităților tehnice ale cadrelor medicale și mai puțin pe dezvoltarea abilităților de comunicare. Aceasta înseamnă că



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

medicii și asistenții medicali nu sunt pregătiți pentru complexitatea procesului comunicațional și pentru distressul emoțional pe care veștile rele le pot provoca³³.

Ideea potrivit căreia primirea veștilor proaste va influența negativ evoluția bolii și va cauza în mod necesar suferință psihică pacientului nu este susținută de studii^{23, 32}. Mulți pacienți doresc să fie informați cât mai specific – o serie de studii realizate în Europa și SUA arată că 90-96% dintre pacienți doresc să își cunoască diagnosticul, iar 95% dintre pacienții români doresc să știe de ce suferă²⁵. În plus, pacienții doresc să fie implicați în deciziile care pot avea un impact semnificativ asupra calității vieții lor. Pe de altă parte, pacienții care nu doresc să fie informați foarte specific tind să folosească strategii de coping de genul negare sau minimizarea severității veștilor, dar aleg să continue tratamentul.

Un studiu realizat de Walter și colegii³⁷ arată că transmiterea veștilor proaste poate fi stresantă mai ales când cadrul medical nu are experiență, când pacientul este tânăr și când există rezerve mari referitoare la eficiența unui tratament. De asemenea, dificultatea apare și când clinicianul are o relație de durată cu pacientul sau când a fost manifestat anterior un optimism nerealist privind efectele tratamentului².

Temerile pe care specialiștii în domeniul medical le au în legătură cu comunicarea veștilor rele includ: vina, trezirea unei reacții intense, modalitatea de exprimare a emoțiilor, faptul că nu au răspunsuri la toate întrebările, teama de necunoscut și necunoaștere, temerile personale referitoare la boală și moarte⁵. Toate acestea pot face cadrele medicale să se detașeze emoțional de pacient, cu efecte negative asupra relației terapeutice și rezultatelor tratamentului.

Transmiterea veștilor proaste într-o manieră deficitară poate avea efecte negative pe termen lung atât asupra pacientului dar și a familiei acestuia și afectează adaptarea la condiția de bolnav și complianța la tratament¹¹.

Buckman⁶ a identificat o serie de răspunsuri ale pacienților la veștile rele, printre care se numără: negare, șoc, furie, auto-învinovățire, învinovățirea altor persoane, agitație, lipsă de speranță, neajutorare, interpretarea eronată a informațiilor, regret, anxietate.

Abordări ale comunicării veștilor proaste

Pentru cele mai multe cadre medicale, prima experiență de comunicare a unei vești proaste a fost către un pacient pe care îl știau doar de câteva ore, fără să aibă timp de a-și planifica modul



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

în care va transmite informația și fără să aibă pregătirea necesară în acest scop (Orlander, 2002). Datele arată că 93% din cadrele medicale percep comunicarea veștilor rele ca pe o abilitate foarte importantă în munca lor, dar doar 43% se consideră suficient de pregătiți pentru a face acest lucru.

Cele mai eficiente programe de dezvoltare ale abilităților de comunicare au o abordare centrată pe pacient, dar care îi include și pe membrii familiei. O asemenea abordare a înregistrat cel mai ridicat nivel de satisfacție în rândul pacienților, iar cadrul medical care a folosit un asemenea protocol a fost perceput ca fiind empatic și disponibil, a reușit să transmită speranță pacientului și familiei și nu a fost perceput ca fiind dominant.

În abordarea centrată pe pacient și pe familie (*patient and family centered approach*), cadrul medical transmite informația în concordanță cu nevoile pacientului și ale familiei acestuia, iar identificarea acestora ia în considerare credințele culturale, spirituale și religioase și ritualurile/practicile familiale¹⁴. Transmițând în acest mod informația, specialistul verifică dacă informația a fost înțeleasă și arată empatie. Această abordare este diferită de cea centrată pe emoție (*emotion-centered approach*), caracterizată prin amplificarea caracterului trist al veștilor și manifestarea unei empatii excesive din partea personalului medical, care are ca efecte lipsa de speranță și un schimb deficitar de informații.

Protocoale pentru comunicarea veștilor proaste pacienților

În ultimii ani, bazându-se pe abordarea centrată pe pacient, comunitățile medicale au formulat recomandări pentru a îmbunătăți abilitățile de comunicare ale profesioniștilor din domeniul medical, care au ca impact creșterea auto-eficienței percepute a acestora în privința capacității de a transmite veștile proaste³⁴. Astfel, au apărut protocoale precum: SPIKES, ABCDE, BROKE.

Protocolul S.P.I.K.E.S.

Reprezintă o strategie în 6 etape, scopul ei principal este de a ajuta personalul medical să atingă 4 obiective majore în procesul comunicării veștilor proaste: (1) strângerea informațiilor despre pacient, (2) transmiterea informațiilor medicale, (3) oferirea de suport pacientului și (4) colaborarea cu pacientul pentru a dezvolta un plan de acțiune sau a adopta un plan de tratament.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Protocolul poate fi utilizat și în contextul aglomerat al spitalelor, unde condițiile și timpul avut la dispoziție nu sunt optime.

S = Settings / Cadrul de comunicare

Prima etapă se referă la pregătirea discuției cu pacientul. O serie de aspecte pot fi urmărite pentru a asigura un cadru de comunicare sigur și suportiv:

- *Alegeți un loc privat în care să aibă loc discuția.* Alegerea unui loc nepotrivit poate conduce la o comunicare inefficientă⁶. De aceea, este recomandată găsirea unei locații cât mai private: cabinet medical sau birou cu ușa închisă sau salon dacă pacientul este singur. Scopul este de a asigura atât intimitate cât și de a reduce la maxim numărul de distractori care ar putea afecta comunicarea. De aceea, nu alegeți locurile aglomerate, coridoare și opriți aparatele de radio, televizoare, telefoane.
- *Implicți în discuție alte persoane importante pentru pacient.* Unii pacienți doresc să aibă alături persoane importante pentru ei (membri ai familiei sau prieteni) în momentul în care primesc vești proaste. Este recomandat ca pacientul să aleagă o singură persoană care să îl susțină, un număr mai mare de susținători poate conduce la creșterea stresului resimțit de cadrul medical.
- *Stați jos în momentul comunicării veștilor.* Pentru a elimina barierele fizice dintre pacient și clinician, este recomandat ca între aceștia să nu fie interpușe obiecte (scaune, birouri etc.). De aceea, cel mai bine este ca medicul/asistentul medical să stea jos în momentul oferirii veștilor (pe un scaun lângă pacient, pe marginea patului), deoarece în acest mod scade efectul vizual de intimidare generator de stres, pe care comunicarea din picioare cu un pacient așezat îl are.
- *Stabiliți conexiuni cu pacientul.* Acest lucru se poate realiza prin adoptarea unei posturi corporale care are efect de calmare asupra cadrului medical (tălpile așezate pe podea, cu gleznela apropiată și palmile așezate cu fața în jos în poală). De asemenea, presupune stabilirea unui contact vizual cu pacientul, cu excepția situației în care acesta începe să plângă. În plus, implică și două componente importante ale ascultării active: tăcerea (tăcerea cadrului medical în ideea în care nu întrerupe pacientul sau lasă timp pacientului să proceseze informația) și repetarea și sumarizarea informației cu cuvintele folosite de pacient.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- *Alocați suficient timp pacientului pentru transmiterea veștilor.* Încercați să alocați timp pacientului, în care să nu fiți deranjați de colegi sau de telefon. În cazul în care timpul pe care îl aveți la dispoziție este limitat, informați pacientul despre acest lucru și programați întâlniri suplimentare ulterioare.

P = Perception / Percepția asupra bolii

Această etapă este importantă pentru că are în vedere aflarea modului în care pacientul își înțelege boala și severitatea acesteia, înainte de a le da veștile proaste. Scopul este de a identifica care sunt diferențele între așteptările pacientului și situația lui medicală reală²⁰. În cazul în care pacientul folosește strategii de coping dezadaptative, de exemplu negarea bolii, nu vă confrunțați cu aceasta de la prima discuție. Este un mecanism defensiv pe care pacientul îl folosește pentru a face față situației. Confruntarea prea devreme conduce la o anxietate ridicată a pacientului și la neîncredere în cadrul medical.

O serie de întrebări de ghidare pot fi de ajutor în această etapă:

- ✓ “Ce ați crezut că se întâmplă atunci când ați simțit...?”
- ✓ “Ce informații vi s-au spus până acum despre (boală, prognostic, tratament etc.)?”
- ✓ “Sunteți îngrijorat că [specificați lucrul care dă motive de îngrijorare] poate fi un lucru foarte grav?”

P = Invitation / Invitarea pacientului să spună câtă informație vrea să primească

Tot înainte de a comunica veștile proaste, clinicianul trebuie să afle cât de multă informație își dorește pacientul să afle despre starea sa medicală, despre tratament și despre evoluția bolii. Deși cei mai mulți pacienți doresc să afle cât mai multe detalii pentru a putea lua decizii cât mai informate, acest lucru nu este valabil pentru toți. În acest caz, este nevoie ca dorința pacientului să fie respectată. Cu toate acestea, vă puteți oferi să furnizați informații ulterior, dacă pacientul va dori.

Câteva întrebări pot fi utile:

- ✓ “De obicei, vă place să știți toate detaliile despre ce se întâmplă?”
- ✓ “În privința diagnosticului și/sau a tratamentului, cât de multe detalii vreți să vă dau?”



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- ✓ “Vreți să vă dau toate detaliile despre diagnostic și/sau tratament sau doriți doar să vă propun un tratament?”

K = Knowledge / Cunoașterea informațiilor medicale de către pacient

În această etapă sunt transmise pacientului informațiile cu caracter medical. O serie de aspecte sunt importante, de care medicul/asistentul medical ar trebui să țină cont:

- *Folosirea unui limbaj pe care pacientul îl înțelege cu ușurință.* Pentru aceasta, luați în considerare nivelul educațional, context socio-cultural, starea emoțională curentă. Evitați utilizarea unui limbaj de specialitate pe care pacientul nu îl înțelege și încercați să utilizați cuvinte pe care pacientul le folosește în descrierea propriei boli. În plus, înainte de a da vestea proastă, atenționați pacientul că urmează să îi dați niște vești nu tocmai bune:
 - ✓ “Îmi pare tare rău că trebuie să vă spun...”
 - ✓ “Din păcate, veștile pe care le am nu sunt foarte bune.”
- *Oferirea informațiilor pe bucăți, astfel încât pacientul să le poată înțelege mai bine.* Pentru că în oferirea veștilor proaste, atât pacientul cât și cadrul medical resimt un distress accentuat, este nevoie ca informațiile să fie oferite treptat iar clinicianul trebuie să se asigure că fiecare informație a fost înțeleasă înainte de a trece la următoarea, folosind întrebări precum:
 - ✓ “Înțelegeți ce vreau să spun?”
 - ✓ “Are sens ceea ce v-am prezentat până acum?”
- *Comunicați orice aspectele pozitive încă de la început, dacă acestea există.* Orice informație pozitivă referitoare la răspândirea bolii în organism sau despre tratamentele disponibile.
- *Transmiteți informații corecte despre opțiunile de tratament, prognostic, costuri etc.* Nu dați speranțe false pacientului, doar pentru că gravitatea veștilor vă cauzează distress ridicat.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

E = Emotions and empathetic responses / Explorarea emoțiilor pacientului și oferirea de răspunsuri empatică

Confruntarea cu emoțiile pacientului reprezintă unul dintre cele mai dificile aspecte cu care cadrele medicale se confruntă în comunicarea veștilor proaste. Este recomandată parcurgerea a trei pași pentru identificarea emoțiilor și manifestarea empatiei:

(1) *Identificarea emoțiilor pe care le resimte pacientul (tristețe, șoc etc.).* Folosiți-vă de întrebări, dacă vă sunt utile pentru clarificare:

- ✓ “Cum vă face acest lucru să vă simțiți?”
- ✓ “Ce ați înțeles din ceea ce v-am spus până acum?”

(2) *Identificați cauza/sursa emoțiilor.* De cele mai multe ori, sursa emoțiilor negative sunt chiar veștile proaste pe care pacientul le primește.

(3) *Oferiți pacientului timp să-și exprime emoțiile și apoi răspundeți-i într-o manieră care arată empatie, bazându-vă pe răspunsurile primite la punctele (1) și (2), validând emoțiile pacientului.* Exemple de răspunsuri care vă pot fi utile:

- ✓ “Când ați auzit rezultatul analizelor cred că a fost un șoc pentru dumneavoastră.”
- ✓ “Cu siguranță această veste v-a întristat.”
- ✓ “Știu, nu este exact ceea ce v-ați fi dorit să auziți.”
- ✓ “Aș fi vrut să vă dau vești mai bune.”
- ✓ “Înțeleg de ce vă simțiți așa.”

În această etapă poate fi folosit instrumentul N.U.R.S.E în manifestarea empatiei:

N = Name or mirror the emotion/Numește sau oglindește emoția. Exemplu: “Vă văd foarte anxios.”

U = Understand the emotion/Înțelegerea emoției. Exemplu: “O asemenea veste poate fi foarte stresantă și înțeleg de ce vă simțiți așa.”

R = Respect the patient/Respectă pacientul. Exemplu: “Aveți tot dreptul să vă simțiți în felul acesta.”

S = Support the patient/Suțineți pacientul. Exemplu: “Sunt alături de dumneavoastră și vom lupta împreună împotriva bolii.”

E = Explore the emotion further/Explorarea emoțiilor. “Cum vă afectează această veste?”



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

S = Summary and Strategy / Sumarizarea și conturarea unei strategii

În acesată etapă este foarte important să ne asigurăm că pacientul a înțeles corect și complet informațiile. De aceea, este recomandată o sumarizare a celor explicate. Dacă pacientul are nevoie de clarificări suplimentare, acum i le puteți oferi.

În plus, în această etapă se conturează strategia viitoare – care sunt următorii pași în tratament? Un pacient informat corect poate fi implicat cu ușurință în procesul de decizie și poate înțelege care va fi rolul cadrelor medicale și care va fi propriul rol în etapele viitoare.

Modelul ABCDE

Modelul a fost dezvoltat de Rabow și McPhee, este foarte practic și cuprinde o serie de recomandări pentru fiecare dintre cele 5 etape.

A = Advance Preparation / Faceți pregătirile necesare

- Aflați ce știe/înțelege deja pacientul.
- Asigurați prezența unei persoane apropiate sau din familie care să îi asigure suport pacientului.
- Stabiliți o oră și un loc în care să puteți discuta.
- Pregătiți-vă din punct de vedere emoțional.
- Alegeți cu grijă cuvintele/frazele pe care le veți utiliza – puteți chiar să schițați un discurs.

B = Build a therapeutic environment & relationship / Construiți o relație și un cadru terapeutic

- Alegeți un loc privat și liniștit, în care să nu fiți întrerupți de alte persoane sau de telefon/televizor/radio.
- Asigurați locuri de șezut pentru fiecare dintre persoanele care asistă la discuție.
- Stați suficient de aproape de pacient astfel încât să îl puteți atinge, dacă considerați că va fi nevoie și de ajutor.

C = Communicate Well / Comunicați eficient

- Fiți direcți - "Îmi pare tare rău că am niște vești proaste pentru dumneavoastră."
- Nu folosiți eufemisme, jargon sau acronime.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- Permiteți existența unor momente de tăcere atât ale dumneavoastră cât și ale pacientului.
- Folosiți atingeri, doar dacă pacientul se simte confortabil cu acest lucru și dacă are ca scop alinarea suferinței.

D = Deal with patient and family reactions / Răspundeți reacțiilor pacientului și familiei lui

- Evaluați reacțiile pacientului: manifestări fiziologice, strategii cognitive de coping, răspunsuri emoționale.
- Ascultați activ, explorați pentru a obține mai multe răspunsuri, arătați empatie.

E = Encourage and validate emotions / Încurajați și validați emoțiile

- Abordați și alte nevoi: care sunt planurile imediate și viitoare ale pacientului, există ideea de suicidară?
- Faceți recomandări suplimentare de specialiști care să ofere suport pacientului și familiei lui.
- Aflați mai multe detalii referitoare la semnificația veștilor proaste pentru pacient.
- Exprimați-vă propriile emoții.

Protocolul B.R.E.A.K.S.

Reprezintă o strategie simplă și sistematică de a transmite veștile proaste pacienților. Dezvoltarea de competențe pentru a face față situațiilor dificile pe care le implică transmiterea veștilor proaste are efecte pozitive terapeutice asupra pacientului și oferă satisfacție profesională specialiștilor din domeniul sănătății³⁵.

B = Background / Istoric medical

O comunicare terapeutică eficientă depinde de cunoașterea în profunzime a problemelor cu care se confruntă pacientul. Accesul rapid la tehnologie și informație referitoare la orice probleme de sănătate are și un impact negativ: se pune sub semnul întrebării autenticitatea informațiilor pe care pacienții le pot găsi online. De aceea, este recomandat ca specialiștii medicali să încerce să anticipeze întrebările pacientului și să pregătească răspunsuri pentru ele. De asemenea, acesta trebuie să țină cont de faptul că pacientul sau familia acestuia au căutat deja



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

anumite informații pe internet, care s-ar putea să nu fie adevărate, dar care ar putea scoate la iveală faptul că medicul/asistentul medical nu este suficient de pregătit.

R = Rapport / Consolidarea relației

Construirea și consolidarea relației cu pacientul este fundamentală pentru derularea actului medical. Pentru aceasta pacientul trebuie să simtă că este acceptat necondiționat.

E = Exploring / Explorare

Înainte de a da veștile proaste, este foarte important să aflați ce știe pacientul despre boală. Mulți dintre pacienți s-ar putea să fie conștienți de severitatea bolii lor și unii ar putea ști chiar și diagnosticul. Clinicianul se află atunci în situația de a confirma vestea proastă. Istoricul pacientului, investigațiile medicale, dificultățile cu care s-a confruntat pacientul până în prezent trebuie să fie explorate. Ceea ce știe pacientul despre boală/diagnostic poate fi explorat și pot fi identificate neconcordanțele dintre credințele pacientului și diagnosticul acestuia.

A = Announce / Comunicarea veștilor proaste

Este recomandată folosirea unei atenționări referitoare la caracterul negativ al veștii, astfel încât vestea să nu pice ca o bombă. Este foarte important să nu fie creată confuzie, prin folosirea unor metafore sau eufemisme. Pacientul are dreptul să își afle diagnosticul, dar la fel de bine, este dreptul lui să nu îl afle. De aceea, înainte de a comunica veștile proaste, medicul/asistentul medical trebuie să obțină consimțământul acestuia.

K = Kindling / Stârnirea reacțiilor pacientului

Omenii își ascultă diagnosticul în mod diferit. Unii izbucnesc în lacrimi. Unii pot să rămână complet tăcuți. Alții pot să se ridice și să se plimbe încet prin cameră. Uneori răspunsul poate lua forma unei negări a realității, pentru că protejează ego-ul.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Concluzii

Comunicarea veștilor proaste este parte inegrantă a procesului medical. Dar, maniera în care acestea sunt comunicate au impact atât asupra pacientului cât și a clinicianului. Transmise în mod eronat, afectează starea de bine a pacientului, calitatea vieții acestuia, aderența la tratament și relația terapeutică cu personalul medical. De asemenea, conduce la apariția unor emoții negative disfuncționale (anxietate, depresie), burnout, distres semnificativ și insatisfacție profesională pentru medici și asistenți medicali.

În procesul de transmitere a veștilor proaste nu este afectat doar pacientul, ci și familia și persoanele apropiate acestuia. De aceea, este importantă dezvoltarea unor abilități de comunicare care să faciliteze procesul de furnizare a veștilor proaste. O serie de protocoale sunt menite să ofere îndrumare în acest scop, constituind adevărate strategii de acțiune care pot fi implementate de personalul medical.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

BIBLIOGRAFIE

1. Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med.* 2003;57(5):791–806.
2. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA, Fryer-Edwards K CA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *Cancer J Clin.* 2005 May-Jun; 55(3):164-77.
3. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract.* 1991; 32:175-81.
4. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 2005;17(14):351–354.
5. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288(6430):1597–1599.
6. Buckman, R. A. "Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy," *Psychosocial Oncology.* 2005; 2 (2):138-142.
7. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004;79(6):495–507.
8. Eelen S, Bauwens S, Baillon C. The prevalence of burnout among oncology professionals: Oncologists are at risk of developing burnout. *Psychooncology.* 2014; 23:1415–1422. CrossRefMedline Google Scholar
9. Fallowfield LJ. The ideal consultation. *Br J Hosp Med.* 1992; 47:364-7.
10. Fallowfield L. Can we improve the professional and personal fulfillment of doctors in cancer medicine? *Br J Cancer.* 1995; 71:1132-3.
11. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet* 1993;341(8843):476–478.
12. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004; 363:312–319. CrossRefMedlineGoogle Scholar
13. Fine RL. Keeping the patient at the center of patient- and family-centered care. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(4):621–625.
14. Fine RL. Personal choices—communication among physicians and patients when confronting critical illness. *Tex Med* 1991;87(9):76–82.
15. Ha, FJ, Anat DS, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A review. *The Ochsner Journal.* 2010; 10:38-43.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

16. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician - patient interactions on the outcome of chronic disease. *Med Care.* 1989;27(suppl):110-27.
17. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physicianpatient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2002;1:464–483.
18. Ley P. *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction, and Compliance.* London: Croom Helm Ltd.; 1988.
19. Levinson W, Roter D, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.*1997; 277:553-9.
20. Lubinsky M.S. – Suportarea veștilor proaste: confruntarea cu apariția negării. *Genet Couns* 1999; 3:5-12.
21. Norton S. & Telerico K. Facilitating end of life decision making: strategies for communicating and assessing. *Journal of Gerontological Nursing.* 2000; 26, 6–13.
22. Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med* 2002;17(11):825–831.
23. Pfeiffer MP, Sidorov JE, Smith AC et al. and the EOL Study Group. The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and physicians. A multicentered study using structured qualitative interviews. *J Gen Intern Med* 1994;9:82-88. CrossRefMedline
24. Platt FW, Keating KN. Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. *Int J Clin Prac.* 2007;61(2):303–308.
25. Popovici-Mârșu C, Nicolau S. Psihologie și cancer, în „Viața medicală”, 1990, 13, apud Olivia Sgarbură, Bogdan O. Popescu, Strategii practice privind comunicarea diagnosticului pacienților neoplazici, în „Psihologie medicală”, 2006, nr. 51.
26. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *WJM* 1999;171: 260-263. <http://www.journeyofhearts.org/kirstimd/AMSA/abcde.htm> assessed on 11 Oct 2016.
27. Ramirez A, Graham J, Richards M, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer.* 1995;71:1263-9.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

28. Rosenzweig MQ. Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. *Nurse Pract* 2012; 37(2): 1-4.
29. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol, JCO*. 2013.51.8480. Google Scholar.
30. Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991; 303:1385-7.
31. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423–1433.
32. Tesser A, Rosen S, Tesser M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect). A field study. *Psychol Rep* 1971;29:651-654.
33. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001; 64:1975–1978. MedlineGoogle Scholar.
34. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001;64(12):1975–1978.
35. Vijayakumar Narayanan, Bibek Bista, Cheriyan Koshy. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News *Indian J Palliat Care*. 2010 May-Aug; 16(2): 61–65. doi: 10.4103/0973-1075.68401
36. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors: a study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*.1994;343:1609-13.
37. Walter F. Bailea, Robert Buckmanb, Renato Lenzia, Gary Globera, Estela A. Bealea and Andrzej P. Kudelkab , SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer , *The Oncologist* August 2000 vol. 5 no. 4 302-31.
38. Warnock C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing, Blackwell Publishing Ltd*, www.researchgate.net/publication/44620268

Cluj-Napoca

31.10.2018